

Esquemas desadaptativos tempranos en mujeres con cáncer de mama y su asociación con la calidad de vida relacionada con la salud

Early maladaptive schemas in women with breast cancer and their association with health-related quality of life

Esquemas desadaptativos precoces em mulheres com câncer de mama e sua associação com a qualidade de vida relacionada à saúde

Ana Luz Protesoni
ORCID ID: 0000-0002-0908-594
Universidad de la República, Uruguay

Sofía Grillé
ORCID ID: 0000-0002-8099-2577
Universidad de la República, Uruguay

Autor referente: aprotesoni@gmail.com

Historia editorial
Recibido: 30/04/2022
Aceptado: 14/10/2022

RESUMEN

El cáncer de mama es una enfermedad que genera alerta en las mujeres y se prevé que su incidencia aumente aún más. El diagnóstico y los tratamientos se presentan como un fenómeno disruptivo. Ante tales situaciones se estima que las mujeres activan patrones de pensamiento, emociones y pautas relacionales (esquemas desadaptativos tempranos, EDT). En este estudio se evaluaron los EDT

prevalentes durante los diferentes tratamientos oncoespecíficos y su relación con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Se utilizó un diseño descriptivo y correlacional. Se seleccionó una muestra de 228 pacientes ambulatorias, usuarias del sistema de salud público del Uruguay. Se aplicó un formulario sociodemográfico y biomédico, el Test de EDT y el FACT-B

para valorar CVRS. Los EDT más utilizados fueron el de *Autosacrificio y Metas inalcanzables*. Los EDT resultaron ser sensibles a los diferentes tratamientos, en especial a la cirugía sin reconstrucción mamaria donde predominó la *Sobrevaloración*. La CVRS se asoció de forma directa con

los EDT de *Deprivación Emocional, Abandono, Apego, Vulnerabilidad y Vergüenza*. Se concluye que las mujeres con cáncer de mama utilizan diferentes EDT con los que reaccionan ante la enfermedad y los tratamientos. El uso de los EDT impacta en la percepción de bienestar.

Palabras claves: Esquemas desadaptativos tempranos; cáncer de mama; calidad de vida.

ABSTRACT

Breast cancer is a disease that generates alert in women and its incidence is expected to increase even more. Cancer diagnosis and treatments are disruptive phenomenon.

It is estimated that cancer women activates thought patterns, emotions and relational patterns (early maladaptive schemas, EDT). In this study, we evaluated the EDTs prevalence during different onco-specific treatments and their relationship with quality of life related to health (HRQoL). We use a descriptive and correlational design. We included 228 outpatients, users of the Uruguayan public health system. To assess HRQoL, we applied a

sociodemographic and biomedical form, the EDT Test and the FACT-B. The most used EDTs were Self-Sacrifice and Unattainable Goals. The EDTs turned out to be sensitive to the different treatments, especially to surgery without breast reconstruction, where Overvaluation predominated. HRQoL was directly associated with the EDTs of Emotional Deprivation, Abandonment, Attachment, Vulnerability and Shame. We conclude that women with breast cancer use different EDTs with which they react to the disease and the treatments. The use of EDTs impacts the perception of well-being.

Keywords: Early maladaptive schemas; breast cancer; quality of life.

RESUMO

O câncer de mama é uma doença que gera alerta nas mulheres e espera-se que sua incidência aumente ainda mais. O diagnóstico e os tratamentos apresentam-se como um fenômeno disruptivo. Em tais situações, estima-se que as mulheres ativem padrões de pensamento, emoções e padrões relacionais (esquemas desadaptativos precoces, EDT). Neste estudo, foram avaliados os EDTs prevalentes durante os diferentes tratamentos oncoespecíficos e sua relação com a qualidade de vida relacionada à saúde

(QVRS). Foi utilizado um desenho descritivo e correlacional. Uma amostra de 228 pacientes ambulatoriais, usuários do sistema público de saúde uruguaio, foi selecionada. Um formulário sociodemográfico e biomédico, o EDT Test, e o FACT-B foram aplicados para avaliar a QVRS. Os EDTs mais utilizados foram Autossacrifício e Metas Inatingíveis. Os EDTs mostraram-se sensíveis aos diferentes tratamentos, principalmente à cirurgia sem reconstrução mamária, onde predominou a Supervalorização.

A QVRS esteve diretamente associada às EDTs de Privação Emocional, Abandono, Apego, Vulnerabilidade e Vergonha. Conclui-se que as mulheres com câncer de mama utilizam

diferentes TDEs com as quais reagem à doença e aos tratamentos. O uso de TDEs impacta a percepção de bem-estar.

Palavras-chave: Esquemas mal-adaptativos precoces; câncer de mama; qualidade de vida.

El cáncer de mama a nivel mundial se lo considera como una de las enfermedades que genera más alerta en las mujeres, por su alta incidencia y mortalidad, convirtiéndose en un tema clave para la salud pública. En Uruguay el Registro Nacional del Cáncer reporta una tasa de incidencia de 73 personas por cada 100.000 habitantes (Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2019). Con el tiempo se estima que la incidencia se incremente como resultado del envejecimiento poblacional y de la detección precoz. A su vez los avances en los tratamientos onco específicos llevan a aumentar la población de supervivientes de cáncer de mama, lo cual lo posiciona como un tema de preocupación para las ciencias de la salud y las estrategias asistenciales.

El diagnóstico de cáncer de mama, se lo considera un evento disruptivo (Benyakar, 2003), por su carácter amenazante, imprevisto y desestabilizador de la homeostasis que puede generar repercusiones en todas las áreas de la vida (física, emocional, cognitiva, social, laboral). Al diagnóstico le suceden una serie de tratamientos invasivos y prolongados en el tiempo, que crean un entorno disruptivo que genera efectos aún en fase de sobrevivencia. Según Parsonnet (2017) la situación del paciente con cáncer es extremadamente exigente. El diagnóstico golpea a nivel cognitivo, exigiendo un rápido procesamiento e integración de la información, para tomar decisiones y adecuarse a los protocolos. A nivel emocional y social la paciente se enfrenta a estados de ansiedad, miedo y angustia, debiendo integrar una nueva imagen corporal y de sí mismo. Afronta la exigencia de confiar en su equipo tratante,

en su sistema de apoyo interno y familiar para aceptar la asistencia, pedir ayuda y recibirla. Se enfrenta a la exigencia de ser capaz de expresar claramente sus síntomas, necesidades y dudas. En tal escenario de inestabilidad las mujeres activan una serie de patrones de pensamiento y emociones, que condensan sensaciones, recuerdos, cogniciones, referidas a sí mismas y a su relación con los demás (esquemas desadaptativos tempranos, EDT). Estos se van formando desde edades muy tempranas y a lo largo de toda la vida, producto de la interacción entre el temperamento, necesidades insatisfechas y experiencias tóxicas. Pueden tener diferente grado de desajuste, rigidez o gravedad, estar inactivos y activarse como resultado de situaciones de crisis o cambios vitales. Young (1999) plantea 18 EDT que se organizan en 5 dominios: a) Desconexión/rechazo: cuyas necesidades insatisfechas son la de seguridad, estabilidad, cuidado, aceptación; b) Autonomía: las necesidades insatisfechas refieren al sentirse competente, autónomo y con sentido de identidad; c) Límites inadecuados: las necesidades insatisfechas refieren a la puesta de límites internos y autocontrol; d) Tendencia hacia los otros: las necesidades insatisfechas se refieren a la de expresar libremente las propias necesidades y emociones, las cuales quedan postergadas por los demás; e) Sobrevigilancia e inhibición: dificultades en el manejo de las necesidades de espontaneidad y juego.

Ferrel, Pela, Gómez y Pérez (2009) estudiaron la prevalencia de los EDT en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama y encontraron que en las pacientes de 39 a 46 años prevalecen los EDT de Autosacrificio (la renuncia sobre las propias necesidades con el fin de evitar el sufrimiento a los demás) y Metas inalcanzables (elevadas exigencias) , mientras que en las pacientes de 47 a 54 años prevalecen los EDT de Autosacrificio e Inhibición emocional (evitar la espontaneidad para mantener el control o predictibilidad sobre los sucesos).

También Amini, Chinaveh y Allha Fazel (2015) estudiaron los EDT prevalentes en población oncológica, encontrando la activación de varios esquemas (Deprivación

emocional, Abandono, Fracaso, Dependencia, Apego inmaduro, Autosacrificio, Sometimiento, Metas elevadas y Autocontrol insuficiente), asociados a distorsión cognitiva.

Chamorro y Poclin (2016) encontraron en pacientes con cáncer de mama, que el esquema predominante es el de Autosacrificio concluyendo que la necesidad central no cubierta es la de libertad para expresar emociones y necesidades.

La importancia de estudiar la relación entre los aspectos psicológicos y el cáncer radica en la incidencia que éstos tienen sobre las conductas de cuidado, las reacciones frente a los síntomas, la adherencia a los tratamientos y en las expectativas futuras (Vinaccia, Quiceno y Remor, 2012). Cuando se activan los EDT, puede resultar más o menos complejo afrontar los desafíos a los que enfrenta la enfermedad, tomar decisiones y adaptarse a los cambios cotidianos. Por consiguiente tales procesos impactan en la calidad de vida relacionada con la salud entendiendo por tal la distancia entre la percepción subjetiva con respecto a su salud y la expectativa trazada.

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las mujeres con cáncer de mama es un constructo relevante para las ciencias de la salud. Esta se asocia a diferentes variables entre las que se encuentra la edad de la paciente, el nivel socioeducativo y económico, el apoyo sociofamiliar, el funcionamiento psíquico, la asistencia recibida, el tipo de tratamiento recibido y el estadio de la enfermedad. Se registraron coincidencias en los estudios encontrados sobre la asociación de aspectos etarios, nivel de escolarización, nivel socioeconómico y creencias religiosas con la CVRS. El apoyo socio-familiar aparece como variable favorecedora de la CVRS (Mera y Ortiz, 2012; Sat-Muñoz et al. (2011). Estudios como el de Dapuetto (2016), Pineda Higuera, Andrade Mosquera y Montoya Jaramillo, (2017) observan que la CVRS a nivel global es valorada por las pacientes por encima de la media de las escalas utilizadas. Pero a pesar de que la valoración de la CVRS pueda ser buena, encontraron que las

mujeres perciben impactos negativos dados por la percepción de vulnerabilidad, la preocupación por la salud, su imagen corporal. Otros estudios observan que la CVRS varía en función de los tratamientos oncoespecíficos. Coelho, Garcia, Marcondes, Silva, Paula y Kalinke, (2018) encontraron que la valoración de la CVRS desciende ante la quimioterapia. Dapuetto (2016) encontró que la quimioterapia repercute sobre el bienestar físico y emocional mientras que la radioterapia sobre la dimensión de bienestar social y familiar. Por su parte Bajuk y Reich (2011) encontraron que la CVRS disminuye ante la mastectomía radical sin reconstrucción. Reich y Remor (2011) encontraron en mujeres uruguayas intervenidas quirúrgicamente por cáncer de mama que aquellas que posteriormente tuvieron reconstrucción mamaria presentaron niveles significativamente menores de estrés percibido y síntomas depresivos, así como una mejor CVRS.

Si bien son numerosos los estudios que valoran la CVRS en mujeres con cáncer de mama y su relación con variables sociodemográficas, clínico-biológicas y psicológicas, no se han encontrado investigaciones que valoren la asociación entre EDT y CVRS.

Este trabajo estudia los EDT que se activan frente al afrontamiento de la enfermedad y tratamiento y si el tipo de tratamiento aplicado activa en forma diferencial EDT. Además, se estudia como la activación de los diferentes EDT explican la CVRS.

Se evaluaron los esquemas disfuncionales tempranos prevalentes en las mujeres con cáncer de mama durante los diferentes tratamientos oncoespecíficos y su relación con la calidad de vida relacionada con la salud.

Método

Se utilizó un diseño metodológico correspondiente con los estudios descriptivos y correlacionales, (Dankhe, 1986, en Fernández Collado y Dankhe, 1986).

Participantes

La selección fue de carácter no probabilístico e intencional, con la finalidad de abarcar diversidad en la edad cronológica y en la fase de tratamiento ambulatorio onco específico (radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia, cirugía), o habiendo finalizado en un lapso menor a los dos años alguno de ellos. Se tomaron los siguientes criterios de inclusión: a) que haya transcurrido un mes desde el momento del diagnóstico y no más de dos años desde el último tratamiento onco específico; b) participación voluntaria, anónima y que otorguen consentimiento informado para participar en el estudio; c) nivel cultural que habilite a la comprensión de los cuestionarios; d) asistencia a consulta ambulatoria en centros de salud de Uruguay.

La muestra estudiada tuvo una edad mediana de 58.0 años, con un rango intercuartil (RIQ) de 50-66 años. El 39.7 % de las mujeres se encontraba casada, el 94.6% tuvo hijos, el 56.1 % tenía estudios primarios culminados, el 71.1 % estaba inactiva laboralmente y el 88 % se define creyente. El 29.3% consultó a psiquiatra durante la enfermedad oncológica iniciando tratamiento farmacológico el 28.3%. El 37.6% de las mujeres estaban en quimioterapia, el 31.7% en tratamientos de hormono e inmunoterapia, el 16.6% en radioterapia y el 14.1 % se encontraba en control por cirugía reciente. Sin embargo, el 95.6 % de la muestra fue intervenida quirúrgicamente, de las cuales el 31.4% se realizó mastectomía total y el 7.9 % se realizó reconstrucción mamaria. Las pacientes que finalizaron los tratamientos oncoespecíficos representaron el 9.2% de la muestra.

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes instrumentos para recabar los datos:

- Formulario de datos sociodemográficos y clínicos biomédicos con el que se recabó información respecto a: edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, núcleo familiar,

tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de mama, tratamiento actual y tratamientos recibidos por el cáncer de mama, consulta a un profesional de la salud mental (psiquiatra/psicólogo), tratamiento psicofarmacológico, creencia religiosa .

- Cuestionario FACT-B (Cella, 1995; 4a Versión) para pacientes oncológicos, con el que se evaluó la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en poblaciones adultas y está adaptado al Uruguay. La escala está compuesta por 36 ítems distribuidos en dos componentes: uno general (27 ítems) y otro relacionado con los síntomas del cáncer de mama (nueve ítems). El cuestionario evalúa cinco dominios: bienestar físico (7 ítems), bienestar social/familiar (7 ítems), bienestar emocional (6 ítems), bienestar funcional (7 ítems) y una subescala específica relacionada con la enfermedad y con el tratamiento del cáncer de mama (9 ítems). Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert con cinco niveles que van de 0 (nada) hasta cuatro (muchísimo). El puntaje de cada dominio se obtiene sumando el puntaje de cada uno de los ítems y el puntaje total de la escala resulta de la suma del resultado en cada dominio. El análisis de confiabilidad muestra una alta consistencia interna como lo indican los coeficientes alfa de Cronbach que van desde 0.-78 a 0.-91 . El cuestionario fue utilizado, entre otros por Dapuetto (2016), para pacientes oncológicos en población uruguaya.

- Test de Esquemas Tempranos (Young Schema Questionnaire YSQ–CEY-VR) de Young & Brown, del cuestionario en su forma corta fue adaptado al Uruguay, en su tercera edición traducida por Tineo (2008). El test abreviado representa una herramienta válida y económica de evaluar los EDT propuestos por Young (1999). Tiene una fiabilidad determinada por el coeficiente alfa de Cronbach que oscila entre 0.74 y 0.89, según el estudio realizado por Cordero y Tiscornia (2014) en población uruguaya, aunque no específicamente en población con neoplasias. Estos autores encontraron que su validez es equiparable con la versión extensa. Consta de 75 ítems que evalúan 15 EDT. Cada pregunta es evaluada por el paciente en términos de intensidad en una escala del 1 («totalmente falso») al 6 («me describe

perfectamente»). Cada EDT es medido por 5 preguntas, siendo el máximo puntaje 30. Valora los patrones disfuncionales, formados por recuerdos, emociones, pensamientos y sensaciones corporales que hacen referencia al análisis de uno mismo y de las relaciones con los demás. El test en su versión abreviada discrimina los siguientes esquemas tempranos desadaptativos, agrupados en 5 dominios: a) Desconexión y Rechazo (Abandono, Desconfianza y abuso, Deprivación emocional, Imperfección, vergüenza, Aislamiento social); b) Pobre Autonomía y Desempeño (Dependencia, Vulnerabilidad al daño o enfermedad, Apego o yo inmaduro, Fracaso); c) Límites insuficientes (Sobrevaloración o grandiosidad, Insuficiente autocontrol); d) Tendencia hacia los otros (Sometimiento o subyugación, Autosacrificio); e) Hipervigilancia e inhibición (Inhibición emocional, Metas inalcanzables).

Procedimientos

Se solicitó autorización a las direcciones de los hospitales donde se realizó el trabajo de campo y se gestionó el aval del comité de ética de cada una de ellas. Se captaron las pacientes en las salas de espera antes o después de las consultas médicas por control (cirugía, hormono o inmunoterapia) o tratamientos (radioterapia, quimioterapia) en los centros asistenciales, de modo aleatorio durante un período de 6 meses (mayo-octubre 2018). Las pacientes fueron entrevistadas individualmente por personal entrenado, a modo de facilitar la lectura y comprensión de las preguntas de los cuestionarios. Se las invitó a participar de forma voluntaria explicando el fin del estudio y se les leyó el consentimiento informado, el cual firmaron. Las entrevistas tuvieron una duración de 30 minutos. Se aplicó el formulario sociodemográfico, luego el FACT-B y le siguió el Test de EDT.

Análisis Estadísticos

Los resultados fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS 21. Se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de resumen y dispersión (mediana, rango intercuartil y frecuencias). Para evaluar si las variables tenían distribución normal se utilizaron los tests de Asimetría, Curtosis y el test de Kolmogorov-Smirnov. Se utilizó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis para evaluar la significancia estadística entre EDT (variable independiente) y en función del tipo de cirugía y tratamiento oncoespecífico (variables dependientes). Para evaluar la dependencia lineal entre 2 variables cuantitativas se utilizó la correlación de Spearman y se utilizó un análisis de regresión lineal múltiple para evaluar la relación entre la variable cuantitativa (CVRS) y un conjunto de variables predictoras cuantitativas (fase de tratamiento, EDT). Para evaluar la asociación entre una variable dependiente categórica y un conjunto de variables categóricas se utilizó la regresión logística múltiple. En todos los casos se consideró como significativo un valor de p menor a 0.05.

Aspectos éticos

El protocolo de investigación fue aprobado por los comités de ética de las instituciones participantes: Instituto Nacional del Cáncer, Centro Hospitalario Pereira Rossell y Hospital de Clínicas. Todos los pacientes recibieron información detallada acerca de la investigación y firmaron el consentimiento informado.

Resultados

En el test de EDT se evidenció que el esquema de Autosacrificio es el que aparece más activo, siguiéndole el de *Metas Inalcanzables*. (Tabla 1)

Tabla 1.

Esquemas desadaptativos tempranos.

n=196	Mediana (RIQ)*
Autosacrificio	24.0 (17-29)
Metas Inalcanzables	18.0 (13.0-23.7)
Sobrevaloración	11.0 (8.0-17.5)
Abandono	9.0 (5.0-18.0)
Insuficiente autocontrol	10.0 (7.0-15.0)
Inhibición emocional	9.0 (5.0-16.0)
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	9.0 (5.0-15.0)
Aislamiento social	8.0 (5.0-12.0)
Subyugación o sometimiento	9.0 (5.0-15.0)
Fracaso	8.0 (5.0-11.0)
Deprivación emocional	7.0 (5.0-15.7)
Desconfianza y abuso	7.0 (5.0-14.0)
Imperfección / vergüenza	7.0 (5.0-10.0)
Dependencia	5.0 (5.0-9.0)
Apego	5.0 (5.0-8.0)

*RIQ: rango intercuartil

Agrupados los EDT en dominios, se registró que el Dominio 1: «Desconexión y rechazo» donde se agrupan los esquemas de: abandono, desconfianza-abuso, deprivación emocional, imperfección-vergüenza y aislamiento social, fueron los que obtuvieron mayor frecuencia (mediana: 42.0 RIQ 31-64.5). Le sigue el Dominio 4:

«Tendencia hacia los otros», con una mediana de 33.0 (RIQ 24-37.7), compuesto por los esquemas de autosacrificio y sometimiento.

Se estudiaron comparativamente los EDT predominantes en las mujeres que se encontraban en diferentes tipos de tratamiento oncoespecífico. Se encontró diferencia significativa en el EDT de *Sobrevaloración* y en el *Dominio 3: Límites inadecuados*.

Tales esquemas aparecen menos activos en las pacientes en radioterapia u hormono-inmunoterapia, en comparación con las pacientes en quimioterapia y cirugía.

Adicionalmente, se evaluaron a través de pruebas no paramétricas la asociación entre EDT y el tipo de cirugía de cáncer de mama realizado (mastectomía radical sin reconstrucción vs cirugía radical con reconstrucción mamaria o mastectomía parcial o tumorectomía). Se registró una asociación significativa con la activación de los esquemas de *Aislamiento social*, *Sometimiento* y *Sobrevaloración*, en las mujeres que recibieron cirugía sin reconstrucción. (Tabla 2)

Tabla 2. *Esquemas desadaptativos tempranos en función de tipo de cirugía.*

n=196	Mastectomía parcial o cirugía radical con reconstrucción mamaria (mediana-RIQ)*	Cirugía radical sin reconstrucción mamaria (mediana-RIQ)*	Valor de p**
Autosacrificio	23.0 (17.0-28.0)	25.0 (19.0-30.0)	0.094
Metas Inalcanzables	17.0 (13.0-23.0)	20.0 (12.0-25.0)	0.097
Sobrevaloración	11.0 (7.0-17.0)	15.0 (10.0-20.0)	0.003
Abandono	9.0 (5.0-18.0)	8.5 (5.0-20.0)	0.95
Insuficiente autocontrol	10.0 (7.0-15.0)	12.0 (7.0-17.0)	0.46
Inhibición emocional	9.0 (5.0-16.0)	10.0 (5.0-16.0)	0.73
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	9.0 (5.0-15.0)	9.0 (5.0-16.0)	0.95
Aislamiento social	8.0 (5.0-12.0)	10.0 (6.0-13.0)	0.050
Sometimiento	7.0 (5.0-11.0)	9.0 (7.0-14.0)	0.014
Fracaso	8.0 (5.0-12.0)	6.0 (5.0-10.0)	0.22

(Continúa)

Tabla 2. *Esquemas desadaptativos tempranos en función de tipo de cirugía**(Continuación)*

n=196	Mastectomía parcial o cirugía radical con reconstrucción mamaria (mediana-RIQ)*	Cirugía radical sin reconstrucción mamaria (mediana-RIQ)*	Valor de p**
Deprivación emocional	7.0 (5.0-15.0)	8.0 (5.0-16.0)	0.31
Desconfianza y abuso	7.0 (5.0-14.0)	9.0 (5.0-16.0)	0.27
Imperfección / vergüenza	7.0 (5.0-10.0)	7.0 (5.0-10.0)	0.79
Dependencia	5.0 (5.0-9.0)	5.5 (5.0-9.0)	0.85
Apego	5.0 (5.0-8.0)	5.0 (5.0-12.0)	0.33
Dominio 1	43.0 (31.0-63.0)	49.5 (34.0-79.0)	0.36
Dominio 2	31.0 (25.0-43.0)	32.0 (25.0-45.0)	0.82
Dominio 3	22.0 (16.0-31.0)	26.0 (18.0-38.0)	0.032
Dominio 4	32.0 (24.0-36.0)	35.0 (28.0-39.0)	0.016
Dominio 5	9.0 (5.0-16.0)	10.0 (5.0-16.0)	0.73

*RIQ: rango intercuartil **Prueba U Mann Whitney

Luego de haber determinado el nivel de asociación entre cada variable independiente por separado y la variable dependiente (*tipo de cirugía*), se seleccionaron las variables que mostraron asociación estadísticamente significativa para realizar un análisis de regresión logística con el fin de estimar los coeficientes de cada variable independiente en relación al tipo de cirugía (aislamiento social, sometimiento, sobrevaloración, dominio 3 y dominio 4). De las 5 variables introducidas la única variable que nos resultó significativa en forma independiente de las demás fue *sobrevaloración* con un OR de 1.01 (0.94-1.06). La prueba estadística global de Hosmer y Lemeshow que

considera todas las variables independientes conjuntamente no resultó significativa ($p=0.44$).

A su vez se compararon los EDT de las mujeres en tratamiento onco específicos con aquellas que habían finalizado los tratamientos utilizando los test no paramétricos y se obtuvo una diferencia significativa en los EDT de Sobrevaloración y Aislamiento social, así como en el Dominio 3: Límites inadecuados. En las tres situaciones, dichos EDT se encontraban más activos en las pacientes sin tratamiento al momento de la entrevista. Posteriormente se realizó un análisis de regresión logística con el fin de estimar los coeficientes de cada variable independiente en relación al tratamiento actual. Se utilizó el método introducir y se seleccionaron 4 variables con mejor nivel de significación en la regresión inicial. Las variables *Sobrevaloración* y *Dominio 3* resultaron no significativas. La prueba estadística global de Hosmer y Lemeshow que considera todas las variables independientes conjuntamente resulta significativa ($p=0.0084$) (Tabla 3). Las variables *Aislamiento social* y *Sometimiento* son significativas, la primera con un coeficiente negativo y la segunda positivo. Las mujeres que se encuentran recibiendo tratamiento oncoespecífico activan menos el EDT de *Aislamiento social*, pero más el de *Sometimiento*.

Tabla 3.

Análisis multivariado de EDTs en función de si estaban recibiendo tratamiento.

n=196	β	SE	Wald	Valor de p*	Odds Ratio (IC 95%)
Aislamiento social	-0.079	0.038	4.45	0.035	0.92 (0.85-0.99)
Sometimiento	0.125	0.060	4.31	0.038	1.1 (1.07-1.27)
Sobrevaloración	-0.012	0.073	0.028	0.86	0.98 (0.85-1.12)
Dominio 3	-0.032	0.045	0.51	0.47	0.96 (0.88-1.06)

Nota. R² Nagelkerke = 0.10, Prueba Hosmer y Lemeshow $\chi^2 = 13.92$, $p = .0084$.

El análisis del FACT-B arrojó en un rango que va de 0 a 148, para la escala global de *calidad de vida* una mediana de 105 (RIQ 82-118). Al comparar la calidad de vida de las mujeres que se encontraban recibiendo diferentes tipos de tratamiento, no se registraron diferencias significativas en ninguna de las subescalas ni en la percepción global de CVRS entre quienes finalizaron los tratamientos y tampoco entre quienes se encontraban en quimioterapia, radioterapia, cirugía u hormonoterapia/inmunoterapia. Los valores obtenidos en las subescalas se ubicaron para todos los casos por encima de la media para su escala. Pero al estudiar la asociación entre CVRS y el tipo de cirugía realizado se observó que las mujeres que recibieron mastectomía total sin reconstrucción mamaria, obtuvieron un índice de CVRS en la subescala física significativamente más bajo que las que recibieron lumpectomía o mastectomía con reconstrucción (Tabla 4).

Tabla 4.

FACT-B en función del tipo de cirugía realizada

n=203	Lumpectomía Mediana (RIQ)*	Mastectomía parcial Mediana (RIQ)*	Mastectomía radical con reconstrucción Mediana (RIQ)*	Mastectomía radical sin reconstrucción Mediana (RIQ)*	Valor de p**
Estado Físico	25.0 (20.0-27.0)	20.0 (15.0-25.0)	24.0 (16.0-26.0)	21.5 (14.5-25.0)	0.009
Ambiente familiar y social	20.0 (15.0-24.0)	20.5 (15.0-26.0)	20.0 (12.0-25.0)	19.0 (14.5-22.0)	0.45
Estado emocional	18.0 (14.0-21.0)	18.0 (14.0-22.0)	18.0 (15.0-23.0)	17.5 (12.0-23.0)	0.81
Funcionamiento personal	21.0 (16.0-22.0)	20.0 (13.0-25.0)	20.0 (14.0-25.0)	21.0 (16.5-24.0)	0.98
Síntomas vinculados cáncer de mama	25.0 (20.0-31.0)	26.0 (22.0-29.0)	27.0 (22.0-34.0)	24.0 (22.0-31.0)	0.88
FACT-Global	107.0 (85.0-119.0)	104.5 (79.0-118.0)	115.0 (81.0-124.0)	103.0 (86.0-113.0)	0.63

*RIQ: rango intercuartil

**Prueba Kruskal-Wallis

Con el propósito de valorar la relación entre CVRS y EDT se realizó un análisis de correlación lineal (Spearman) entre la variable de CVRS FACT- B global y las diferentes variables de EDT. Se obtuvo una correlación moderada e inversa entre la CVRS a nivel Global y los esquemas de *Deprivación Emocional* y *Aislamiento Social*. Así también una correlación moderada e inversa entre la subescala *ambiente socio-familiar* de CVRS y el esquema de *Aislamiento Social*. A su vez se registró una correlación de forma inversa y moderada de la subescala *Estado emocional*, con la activación del esquema de *Vulnerabilidad* (Tabla 5).

Tabla 5.

Análisis de correlación de los esquemas desadaptativos tempranos con FACT-global

	r Spearman	Valor de p
Autosacrificio	-0.23	0.0006
Metas Inalcanzables	-0.22	0.0009
Sobrevaloración	-0.12	0.072
Abandono	-0.43	0.0001
Insuficiente autocontrol	-0.37	0.0001
Inhibición emocional	-0.39	0.0001
Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad	-0.46	0.0001
Aislamiento social	-0.54	0.0001
Sometimiento	-0.30	0.0001
Fracaso	-0.32	0.0001
Deprivación emocional	-0.54	0.0001
Desconfianza y abuso	-0.45	0.0001
Imperfección/vergüenza	-0.43	0.0001
Dependencia	-0.42	0.0001
Apego	-0.14	0.045

(Continúa)

Tabla 5. *Análisis de correlación de los esquemas desadaptativos tempranos con FACT-global (Continuación)*

	r Spearman	Valor de p
Dominio 1	-0.65	0.0001
Dominio 2	-0.56	0.0001
Dominio 3	-0.26	0.0001
Dominio 4	-0.33	0.0001
Dominio 5	-0.38	0.0001

Posteriormente, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple utilizando todas las variables de EDT que eran estadísticamente significativas en la correlación lineal (todas excepto sobrevaloración). Se utilizó el método introducir luego de utilizar otros que arrojaban resultados similares. El análisis excluyó las variables *Dominio 1* y *Dominio 2*. Se obtuvo que las variables que mostraron relación estadística en explicar FACT-Global fueron *Deprivación emocional, Abandono, Imperfección/vergüenza, Vulnerabilidad, Apego, Dominio 3 y Dominio 4*. Todas mostraron una correlación de tipo inversa con el FACT-Global, excepto Dominio 3 y Dominio 4 con una correlación positiva con FACT-Global. El modelo global fue estadísticamente significativo (Tabla 6).

Tabla 6.

Análisis de regresión lineal múltiple entre FACT-Global y los diferentes EDT

	β	IC 95% límite inferior	IC 95% límite superior	Valor de p
Deprivación emocional	-0,172	-0,965	-0,114	0,0001
Abandono	-0,053	-0,551	0,229	0,013
Desconfianza abuso	-0,125	-0,913	0,043	0,417
Aislamiento social	-0,195	-1,420	-0,177	0,074
Imperfección/vergüenza	-0,006	-0,793	0,724	0,012
Fracaso	0,026	-0,436	0,679	0,928
Dependencia	-0,206	-1,973	-0,487	0,668
Vulnerabilidad	-0,198	-1,137	-0,265	0,001
Apego	-0,055	-0,775	0,250	0,002
Sometimiento	-1,717	-27,556	10,721	0,314
Autosacrificio	-2,399	-27,568	10,465	0,387
Metas inalcanzables	-0,023	-0,539	0,370	0,376
Insuficiente autocontrol	-0,408	-2,452	-0,804	0,714
Dominio 3	0,369	0,317	1,243	0,000
Dominio 4	3,381	-10,413	27,630	0,001
Dominio 5	-0,087	-0,694	0,111	0,373

Modelo global: $F=15.120$, $p = 0.0001$; $R^2 = 0.550$; R^2 corregida = 0.510

Discusión

Se planteó como objetivo describir los EDT que se activan en las mujeres durante el tratamiento del cáncer de mama. A su vez estudiar la incidencia de los diferentes tratamientos oncoespecíficos en la activación de los EDT y su relación con la CVRS. De los resultados se infiere que la enfermedad y los tratamientos oncoespecíficos generan una situación crítica en las mujeres que les lleva a poner en acción distintos EDT.

Dentro de las pacientes que estaban en tratamientos onco específicos, se encontró que los esquemas de *Autosacrificio* y *Metas inalcanzables* fueron los que se activaron con mayor intensidad. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Ferrel et al. (2009), Amini et al. (2015) y Chamorro y Poclin (2016), quienes también encontraron que las pacientes con cáncer de mama activan EDT de *Autosacrificio* y *Metas inalcanzables*. Las mujeres de este estudio apelan muy frecuentemente al uso del esquema de *Autosacrificio*, que las lleva a tener la tendencia de no expresar libremente sus necesidades y emociones, sino postergarlas en función de las necesidades de los demás. La activación de este esquema hace que las mujeres tiendan a renunciar a sus requerimientos con el fin de evitar el sufrimiento a los otros, manifestar una actitud complaciente, de búsqueda de aprobación o evitación de conflictos, demostrar excesiva capacidad de comprensión hacia los otros controlando las emociones negativas. Este esquema puede volverse un factor de riesgo en el cuidado de la salud, la adherencia a los tratamientos y en el bienestar logrado.

También se encontró un uso frecuente del EDT de *Metas inalcanzables*. Este esquema posiblemente se active en respuesta a las exigencias que se plantean las pacientes para superar la enfermedad. Así como en el discurso médico predominan las metáforas bélicas para referirse al tratamiento del cáncer (“atacar, combatir, etc.”), en el imaginario social circula que ante el cáncer hay que desarrollar una actitud de lucha. Probablemente desde esta perspectiva las pacientes estén más proclives a trazarse

metas con estándares elevados de esfuerzo para afrontar los tratamientos y sentimientos de presión hacia sí mismo y los demás. Este tipo de actitudes a la larga también pueden generar estrés.

A partir del análisis de los esquemas agrupados en Dominios, se encontró que las pacientes en tratamiento realizan un uso muy frecuente del *Dominio 1*: «Desconexión y rechazo», que reúne los EDT de *Abandono*, *Desconfianza*, *Deprivación emocional*, *Vergüenza* y *Aislamiento social*. La situación de enfermedad y los tratamientos parecen activar necesidades insatisfechas de seguridad, estabilidad, cuidado y aceptación. Estas necesidades llevan a poner en acción esquemas en los que aparecen dificultades generadas por sentimientos de inseguridad, desconfianza en los vínculos y temores al abandono. Estos afectos pueden llevar al aislamiento y la vergüenza, lo que no contribuye con el bienestar.

Así también el uso importante de los esquemas del *Dominio 4*: «Tendencia hacia los demás», lleva a suponer en función de la conceptualización que realiza Young (1999) sobre los EDT, que la enfermedad activa necesidades básicas insatisfechas referidas a la libre expresión de las propias necesidades y emociones, las cuales quedan inhibidas y postergadas por la consideración sobre los demás. El sometimiento puede ser un funcional durante el tratamiento, en tanto según los desarrollos de Young con éste EDT se inhiben emociones hostiles (ante la enfermedad por ejemplo), que pueden generar conflicto en los vínculos (agresividad, revancha o abandono), por lo cual coartan la expresión de estas.

Las cualidades psíquicas que se activan a través de los EDT en la muestra estudiada se corresponden con hallazgos de investigaciones que han indagado sobre la relación entre personalidad y cáncer tales como los de Temoshok (1987), los trabajos de Anarte, López, Ramirez y Esteve (2000) o los de Vinaccia et al. (2006). Los EDT y dominios que aparecen de modo más frecuente en este estudio, se vinculan con el patrón de comportamiento llamado tipo C estudiado por Temoshok (1987). En ambas

investigaciones aparece en las mujeres el priorizar el beneficio de los otros ignorando las propias necesidades, la inhibición de las emociones, la actitud de evitación de confrontación, el sentimiento de no tener el control y una gran necesidad de soporte, pero con dificultades en la aceptación de la ayuda de los demás. Así también al igual que plantea Anarte et al. (2000), las mujeres con cáncer de mama tienden a controlar las emociones negativas, inhibir la exteriorización emocional y demostrar excesiva capacidad de comprensión hacia los demás. Vinaccia et al. (2006). también encontraron que el tipo C de personalidad reúne un modo de afrontamiento caracterizado por el grado de dominio y control de emociones socialmente negativas (como la ira), el disimulo, la no expresión de dichas emociones y la capacidad para comprender a los demás; incluso aunque estos actúen en contra de los intereses del sujeto.

Con respecto al uso de los EDT según los tratamientos onco específicos, se encontró que las mujeres en quimioterapia, cirugía o incluso sin tratamiento utilizan más frecuentemente el EDT de *Sobrevaloración* y aquellos del *Dominio 3 (Sobrevaloración y Límites insuficientes)*, en comparación con las mujeres que se encuentran en radioterapia, hormono o inmunoterapia. Ante los tratamientos que mayores efectos secundarios producen las mujeres tienden a compensar la situación mostrando fortaleza, sentimientos de grandiosidad y desafío, igual que aquellas que finalizan los tratamientos. Por su parte, las mujeres sometidas a cirugía sin reconstrucción mamaria tienden a utilizar de modo más frecuente EDT de *Aislamiento, Sometimiento y Sobrevaloración*. Quizás por la vivencia de amputación de la imagen corporal asociada a la cirugía sin reconstrucción, algunas de ellas tienden a aislarse, relegarse, evitar las relaciones, así como también tienden a inhibir la expresión de sus emociones priorizando la de los demás. Sin embargo otras parecen apelar a actitudes de grandiosidad. Tanto el *Dominio 3 (Límites inadecuados)*, como el *Dominio 4 (Tendencia hacia los demás)* resultaron significativos en su uso por mujeres con

cirugía sin reconstrucción. Por lo tanto, parecería que las pautas de funcionamiento más utilizadas, para algunas se vinculan con la omnipotencia, para otras con un bajo reconocimiento de sí. En especial en las mujeres amputadas, es más frecuente la utilización del esquema de sobrevaloración, el cual podría aparecer como reacción sobrecompensatoria con el fin de restar valor a las pérdidas.

Las mujeres en tratamiento parece que hacen significativamente un mayor uso del esquema de *Sometimiento* que aquellas que finalizaron los tratamientos. Este esquema se podría considerar adaptativo, teniendo en cuenta los valores de CVRS, contribuye a la aceptación de la enfermedad, a la adherencia a los tratamientos y quizás a la confianza con el equipo asistencial. De acuerdo a los desarrollos de Young (1999) sobre el EDT de sometimiento, se puede inferir que esta pauta motivada por temor al rechazo u hostilidad en los vínculos, durante el tratamiento evita conflictos y posibilita la adhesión a los tratamientos.

Sin embargo las mujeres que han finalizado los tratamientos oncoespecíficos activan más el esquema de *Aislamiento social* que aquellas que se encuentran realizando tratamientos. Hallazgo similar obtuvieron Gil, Costa, Hilker y Benito (2012), estudiando transversalmente una población de pacientes oncológicos, donde encontraron que luego de finalizar los tratamientos los pacientes perciben menor soporte social y, por lo tanto, perciben mayor aislamiento. Así también, las pacientes que finalizaron los tratamientos muestran mayor uso del EDT de *Sobrevaloración*, que aquellas que se encuentran en tratamientos oncoespecíficos. El haber finalizado los tratamientos aporta sensaciones de dominio, grandiosidad y superación en relación con quienes se encuentran en un entorno amenazante por los tratamientos. Posiblemente por ese motivo los EDT del *Dominio 3 (sobrevaloración y autodisciplina insuficiente)* se encuentran más activos.

La valoración que realizan las mujeres de este estudio sobre la CVRS en términos generales es buena, ya que el valor promedio obtenido se ubica por encima de la

media de la escala. Estos resultados son similares a los encontrados por Sánchez-Pedraza, Sierra-Matamoros y López-Daza (2012) y el de Pineda Higueta et al. (2017). En todos estos estudios se encontró que las mujeres no valoran un distanciamiento importante entre las expectativas que tenían sobre la enfermedad y los tratamientos y aquellas que perciben en la situación por la que están pasando al momento de ser evaluadas. Esta valoración de la CVRS podría estar relacionada con la edad promedio de la muestra con la que se trabajó.

En esta investigación, al igual que en la de Dapueto, Servente, Francolino y Hahn (2005) en población oncológica uruguaya no se encontraron diferencias significativas en la valoración de la CVRS entre las mujeres en quimioterapia, radioterapia, hormono e inmunoterapia o post cirugía. Sin embargo, al estudiarse los tipos de cirugía, si se registraron diferencias significativas en la CVRS. La valoración que hacen las mujeres con mastectomía radical sin reconstrucción está sensiblemente descendida con respecto a los otros tipos de cirugía más conservadoras (lumpectomía o radical con reconstrucción mamaria). Datos similares encontraron Reich y Remor (2011). En todos estos estudios las pacientes con cirugía sin reconstrucción presentaron niveles de CVRS significativamente más bajos. La imagen corporal se ve afectada frente al cáncer de mama, siendo un factor significativo para la valoración de la calidad de vida durante el proceso de afrontamiento de los tratamientos.

Se concluye que la CVRS se relaciona más con el tipo de cirugía y las variables psicológicas que con los tipos de tratamientos oncoespecíficos o las variables sociodemográficas. Así como el uso de determinados EDT incide de modo significativo en la percepción que las mujeres tienen de su CVRS. La percepción global de la calidad de vida es peor cuanto más activos se encuentren los esquemas que generan creencias referidas a no recibir un adecuado apoyo emocional (*Deprivación emocional*), temores a no ser lo suficientemente cuidado (*Abandono*), a no recibir la

necesaria cercanía emocional de personas significativas (*Apego*), que incrementan la percepción de riesgos inminentes e incontrolables (*Vulnerabilidad*) o las vivencias de fallas personales (*Vergüenza*).

Así también se registró que cuanto mejor es la percepción de bienestar a nivel de los vínculos familiares y sociales, menos tienden las mujeres a aislarse socialmente. Por otra parte, parecería que las mujeres perciben un mejor bienestar a nivel socioemocional cuanto menos activos se encuentren los esquemas de vulnerabilidad al daño y la enfermedad y menos uso hagan de los esquemas que activan temores referidos a la dependencia, la pérdida de autonomía y de confianza en sí misma (*Dominio 2: Autonomía y desempeño*).

En síntesis, las mujeres con cáncer de mama utilizan diferentes EDT con los que interpretan y reaccionan ante la enfermedad y los tratamientos, operando a partir de ellos. Los diferentes EDT resultan ser sensibles a los diferentes tratamientos, en especial con respecto a la cirugía sin reconstrucción mamaria. El uso de los diferentes EDT impacta en la percepción de bienestar que tiene la mujer durante la enfermedad.

El estudio orienta en las intervenciones del psico oncólogo respecto a la evaluación de los EDT que se activan ante la situación disruptiva del cáncer. Dicha valoración permite predecir las pacientes con mayores riesgos de ver comprometida su CVRS. Por lo tanto, define poblaciones de mayor vulnerabilidad psíquica, siendo prioritaria en la asistencia psicológica durante los tratamientos oncoespecíficos. Pero así también presenta ciertas limitaciones metodológicas relativas a cierta homogeneización sociodemográfica de la muestra de pacientes, así como de la imposibilidad de acceder a datos biomédicos de la historia clínica (estadío tumoral) que hubieran enriquecido las conclusiones.

Referencias

- Amini, S., Chinaveh, M., y Allha Fazel, A. (2015). Early maladaptive schemas and cognitive distortions among cancer patients and normal people. *International Journal of Biology, Pharmacy And Allied Science*, 4(7), 577-592.
- Anarte, M. T., López, A., Ramírez, C., y Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16(2), 133-141. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16716203.pdf>
- Bajuk, L., y Reich, M. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Ciencias Psicológicas*, 5(1), 19-30. Recuperado de <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/cienciaspsicologicas/article/view/96/85>
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo*. Buenos Aires: Biblos.
- Cella, D. F. (1995). Measuring quality of life in paliative care. *Seminars in Oncology*, 22(2 Suppl. 3), 73-81.
- Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2019). *Situación epidemiológica del Uruguay en relación al cáncer. Incidencia del cáncer en el quinquenio 2011-2015. Tendencia de la mortalidad por cáncer hasta 2017*. Montevideo, Registro nacional de cáncer Uruguay. Recuperado de [http://Informe_RNC_mayo_2019_Inc_2011-2015_Mort_hasta_2017_-_WEB%20\(1\).pdf](http://Informe_RNC_mayo_2019_Inc_2011-2015_Mort_hasta_2017_-_WEB%20(1).pdf)
- Cordero, S., y Tiscornia, M. (2014). *Esquemas desadaptativos tempranos y trastornos de la personalidad: resultados de un estudio piloto*. Recuperado de <http://www.mairatiscornia.com/wp-content/uploads/2013/07/EDTs-y-TP-Estudio-piloto-Cordero-Tiscornia.pdf>
- Chamorro, C., y Poclin, B. (2016). *Esquemas maladaptativos tempranos desarrollados en pacientes mastectomizadas pertenecientes al Club de la Mama del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas* (Tesis de grado). Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Lima.

- Dankhe, G. L. (1986). Investigación y comunicación. En C. Fernández-Collado y G. L., Dankhe (Eds). *La comunicación humana: ciencia social* (pp. 385-454). México: Mc Graw Hill.
- Dapuetto, J. (2016). Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. *Revista Médica del Uruguay*, 32(3), 197-204.
- Dapuetto, J., Servente, L., Francolino, C., y Hahn, E. (2005). Determinants of quality of life in patients with Cancer a South American study. *American Cancer Society*, 103(5), 1072-1081. <https://doi.org/10.1002/cncr.20870>
- Coelho, R. de C. F. P., Garcia, S. N., Marcondes, L., Silva, F. A. J. da, Paula, A. de, y Kalinke, L. P. (2018). Impact on the quality of life of women with breast cancer undergoing chemotherapy in public and private care. *Investigación y educación en Enfermería*, 36(1). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n1e04>
- Ferrel, R., Pela, A., Gómez, N., y Pérez, K. (2009). Esquemas maladaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer, atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta (Colombia). *Psicología desde el Caribe*, 24,180-204. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/619>
- Gil, F., Costa, G., Hilker, I., y Benito, L. (2012). First anxiety, afterwards depression: psychological distress in cancer patients at diagnosis and after medical treatment. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(5), 362-67. <https://doi.org/10.1002/smi.2445>
- Mera, P., y Ortiz, M. (2012). La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Terapia psicológica*, 30(3), 69-78. <http://dx.doi.org/10.4067/S071848082012000300007>

- Parsonnet, L. (2017). Using the Schema Therapy Model to help patients cope with a Cancer diagnosis. Recuperado de <http://www.schematherapysociety.org/Schema-Therapy-Model-to-Help-Patients-with-Cancer-Diagnosis/>
- Pineda Higueta, S., Andrade Mosquera, S., y Montoya Jaramillo, Y. (2017). Factores asociados a la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Medellín 2013. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 85-95. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/545/54552517006.pdf>
- Reich, M., y Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: Caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 8(2-3):453-471. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37892
- Sánchez-Pedraza, R., Sierra-Matamoros, F., y López-Daza, D. (2012). Validación colombiana de la escala FACT-B para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología*, 63(3), 196-206. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195225192001.pdf>
- Sat-Muñoz, D., Contreras, I., Balderas Peña, L. M., Hernández Chávez, G. A., Solano Murillo P., Mariscal Ramírez, I.,... Morgan Villela, G. (2011). Calidad de vida en mujeres mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas clínicas. *Value in Health*, 14(5), S133-S136. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.05.027>
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer surveys*, 6(3), 545-567. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3326661/>
- Vinaccia, S., Arango, C., Cano, E., Tobón, S., Moreno, E., y López, A. E., (2006). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con la cognición hacia la enfermedad en pacientes colostomizados con diagnóstico de cáncer colorrectal.

Universitas Psychologica, 5(3), 575-583. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=>

Vinaccia, S., Quiceno, J., y Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 28(2), 366-377. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.28.2.148821/133241>

Young, J. (1999). *Cognitive Therapy for personality Disorders: A Schema Focused Approach*. Florida: Professional Resource Press.

Young, J., y Brown, G. (2008). *Cuestionario de Esquemas Desadaptativos* (versión breve, Trad. J. Cid y R. Torrubia, Adaptación para Uruguay L. Tineo) [Test psicológico]. (Publicación original de 1995).

Declaración de contribución de los/as autores/as

P. A.L. y G. S. contribuyeron al diseño de la investigación y al análisis de los resultados. P.A.L. a la implementación de la investigación y a la escritura del manuscrito. Ambos autores discutieron los resultados y contribuyeron a la versión final del manuscrito.

Editor/a de sección

El editor de sección de este artículo fue Daniel Camparo.

ORCID ID: 0000-0003-3440-5797

Formato de citación

Protesoni, A. L. y Grillé, S. (2022). Esquemas desadaptativos tempranos en mujeres con cáncer de mama y su asociación con la calidad de vida relacionada con la salud.

Psicología, Conocimiento y Sociedad, 12(3), 57-85. doi:

<http://dx.doi.org/10.26864/PCS.v12.n3.3>
